|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo établissement | No dossier : |  | |  |
| Nom, prénom à la naissance: | |  |  |
| Date de naissance : | |  |  |
| Nom et prénom de la mère : | |  |  |
| Nom et prénom du père : | |  |  |
| **FICHE DE LA PERSONNE SI-SIV** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Évaluation**  **Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | **Inscription :**  **SI**  **SIV**  **Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | **Réinscription :  SI  SIV**  **Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Sexe : | F | | M | | | | | | | |
| **INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES** | | | | | | | | | | |
| Adresse : | | | | | | | | RAMQ : | | |
| Ville : | | | | Code postal : | | | | Expiration : | | |
| Lieu de naissance : | | | | Québec | | Autre : | | | État civil : | |
| Numéro de téléphone : | | | | | | | | Nom du conjoint : | | |
| Répondant : | | | | | | | | Lien avec la personne utilisatrice: | | |
| Intervenant primaire : | | | | | | | | | | |
| Agent de la Sécurité du revenu : | | | | | | | | Téléphone : | | |
| **INFORMATIONS MÉDICALES** | | | | | | | | | | |
| Diagnostic : | | | | | | | | | | |
| Toxicomanie : | | Non  Oui | | | | | | | | |
| Médecin de famille : | | | | | | | Téléphone : | | | |
| Psychiatre : | | | | | | | Téléphone : | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **RÉSIDENCE OU SITUATION DE VIE** | | | | | | | | | | | | | | |
| Famille | | | | RI | | RTF | | | | Hôpital | | | Organisme communautaire | |
| Logement : 🔾 Seul 🔾 Colocataire | | | | | | | Maison de chambre | | | | Autre : | | | |
| **ADMINISTRATION DES BIENS PAR UN TIERS** | | | | | | | | | | | | | | |
| Non | | Oui : 🔾 Curatelle privée 🔾 Curatelle publique 🔾 Tutelle | | | | | | | | | | | | |
| Responsable : | | |  | | | | | | Téléphone : | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Date : |  | | | | Signature de l’intervenant : | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |